LA

FRANCE MÉDICALE

QUARANTE-QUATRIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

Paraissant le Vendredi matin

RÉDACTEUR EN CHEF

LE Dr A. CHEVALLEREAU

MÉDECIN DE LA CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

COMITÉ DE RÉDACTION : MM.

BARBE, ancien interne des hôpitaux. — **PAUL BERGER**, chirurgien de la Pitié, professeur à la Faculté de médecine **BOTTENTUIT**, médecin consultant aux eaux de Plombières. — **CORLIEU**, bibliothécaire honoraire à la Faculté de médecine **E. DESCHAMPS**, ancien chef de clinique à la Faculté. — **DESNOS**, ancien interne des hôpitaux. — **Ern. GAUCHER**, médecin des hôpitaux **JUMON**. — **VALLON**, médecin de l'asile de Villejuif. — **VERCHÈRE**, chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare.

1897

PARIS

9, rue des Pyramides, 9

1897

BOSTON MEDICAL
MAR 25 1898
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 25 1898
J. F. B.

41e Année — N° 1. Vendredi 1er Janvier 1897.

BOSTON MEDICAL LIBRARY MAR 24 1897

LA FRANCE MÉDICALE ET PARIS MÉDICAL

4447

SOMMAIRE

Premier Paris : **1896**, 1. — **Ophthalmologie** : Du traitement chirurgical de la myopie, par M. le professeur Panas, 2. — **Clinique médicale** : La colite muco-membraneuse chez les utérines Pathogénie basée sur les recherches anatomiques, par M. le Dr Morau, 4. — **Bibliographie** : Enquête médi o-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola, 9. — **Académie des sciences** : *Séance du 21 décembre.* — Présidence de M. A. Cornu, 10. — **Académie de médecine** : *Séance du 29 décembre.* — Présidence de M. Hervieux, 11. — Lait stérilisé et lait bouilli, 11. — Election, 11. — Microphonographie, 11. — Traitement chirurgical de la surdité, 11. — **Société de chirurgie** : *Séance du 30 décembre.* — Présidence de M. Delens. — Pathogénie de l'appendicite, 11. — Trépanation préventive dans la fa ture du crâne, 12 — Tumeur sacro-coccygienne chez l'enfant, 12. — Gas'ro-entérotomie pour vomissements incoercibles, suites de néoplasme stomacal. Guérison opératoire, 12. — Névr te ascendante traitée par la compression. Guérison, 12. — **Congrès français de chirurgie** : Le traitement des prolapsus génitaux, 12. **Nouvelles**, 15.

Paris, le 31 décembre 1896.

1896

L'année 1896, qui expire en ce moment, laissera peu de regrets parmi les médecins qui seraient volontiers disposés, en général, à la marquer d'une croix noire. Jamais les plaintes du corps médical n'auront été plus unanimes et plus justifiées; jamais, d'autre part, les attaques dirigées contre notre corporation n'auront été plus nombreuses et plus vives. Les organes les plus importants de la presse quotidienne nous rendent justice, mais un grand nombre de journaux politiques, les feuilles légères, les feuilles de joie, paraissent éprouver un malin plaisir à dauber sur nous. Le théâtre lui-même s'est mis de la partie et, sur la scène de la grave Comédie-Française, un auteur de talent émousse actuellement ses dents contre nous.

Nous aurions bien tort de nous émouvoir outre mesure d'attaques éphémères. On s'en prend au corps médical, après avoir combattu bien d'autres corporations moins solides et qui ne s'en portent pas plus mal actuellement. Le dénigrement est dans l'air, à notre époque, et les organes de ce qu'on appelle la grande presse, grande par le format, reçoivent volontiers dans leurs hautes colonnes bien des choses diverses. Mais que nous importe? Il n'est pas possible que dans une famille aussi nombreuse que la nôtre il ne se trouve, de temps à autre, parmi l'un de ses membres, quelque faiblesse, quelque indignité peut être; il n'en est pas moins vrai que dans son ensemble la profession médicale est de beaucoup celle qui offre le plus de dignité, le plus de conscience, celle qui mérite le plus la confiance dont elle continuera à jouir, malgré les quelques bourrasques qui se sont fait sentir dans les bas-fonds.

On a daubé sur nous à propos de l'affaire Druault, et les médecins légistes qui ont voulu prêter l'oreille aux petits potins en ont entendu de raides. Il aurait été plus juste de reconnaître qu'il y avait eu là une monstrueuse erreur judiciaire et que des médecins légistes avaient fait rendre à la liberté une femme injustement condamnée par les tribunaux. On a daubé sur nous, et vigoureusement, à propos de ce que nous continuerons à appeler simplement l'affaire Thomson, mais s'il y a ici des accusés il n'y a pas encore de condamnés et, malgré des apparences fâcheuses, il faut bien l'avouer, il est juste de réserver son jugement jusqu'au jour où cette affaire sera complètement éclaircie. Puis en somme qu'importerait à un si nombreux troupeau la présence de deux brebis galeuses? Une élimination est vite faite et le reste du troupeau conservera sa vigoureuse santé.

Cela ne vaut peut-être pas la peine de proposer à nouveau, comme on l'a fait depuis longtemps, la création d'un ordre des médecins. On a voulu prendre modèle sur cet ordre des avocats, si archaïque, si démodé, si combattu par un grand nombre d'avocats même, et que bien peu sans doute songeraient à créer actuellement s'il n'existait depuis longtemps déjà. Cette création d'un ordre des médecins nous paraît bien peu fin de siècle. Actuellement aucun signe extérieur ne nous distingue des simples mortels. A Paris, il est vrai, mais à Paris seulement, nous vivons un peu entre nous, cherchant

volontiers la société les uns des autres; et si nous recevons à dîner ou si nous dînons en ville, c'est très souvent avec des médecins et avec des familles de médecins, parce que nous avons les uns pour les autres une affinité très naturelle, parce que nous avons la même indépendance d'esprit, la même liberté d'allure, des opinions politiques ou philosophiques très généralement voisines, parce que nos femmes elles-mêmes prennent rapidement la même tournure d'esprit et que nous constituons entre nous un milieu dénué de toute prétention, de tout préjugé ridicule, un milieu particulièrement agréable et sain; mais en somme nous vivons de la vie de tout le monde, nous ne portons plus de redingotes qui nous fassent reconnaître et l'on aurait vite fait de compter les médecins qui dénotent leur qualité aux foules par le port d'un chapeau à bords larges et plats. Pourquoi donc nous reléguer dans une tribu à part au milieu de la nation entière, en créant un ordre des médecins? Cette idée a dû être remise au jour par quelque journaliste à court de copie; malheureusement cette espèce n'est point rare et cette idée sera reprise à nouveau, mais il est absolument certain qu'elle n'aura aucun succès.

Nous demandons simplement à être traités comme tout le monde et il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi. Si quelqu'un de nous commet une faute, qu'on le condamne; si la faute est grave et montre une indignité véritable, qu'on l'empêche, à la rigueur, d'exercer dorénavant sa profession, ce sera à merveille. Nous pouvons être tranquilles, l'ivraie sera facile à séparer du bon grain et, malgré les tristesses de l'heure présente, nous pourrons marcher sans crainte la tête haute; notre profession restera encore de toutes la plus honorable, malgré les reporters et les cabotins.

A. Chevallereau.

OPHTHALMOLOGIE

Du traitement chirurgical de la myopie

Par M. le prof[e] Panas (1)

L'état lamentable auquel se trouvent réduits les myopes de 16 dioptries et plus, les dangers qu'ils courent par suite du décollement de la rétine et des apoplexies maculaires, sans omettre l'insuffisance patente des verres correcteurs, ont conduit les chirurgiens et les ophtalmologues à se demander si l'on ne pouvait y remédier par une opération.

Les procédés ont nécessairement varié d'après les idées prédominantes de l'époque sur les causes premières de la myopie.

Partant du fait d'observation que l'extraction de la cataracte sur les yeux myopes les rendait aptes à voir au loin, l'abbé Desmonceaux, médecin philanthrope plutôt qu'oculiste, proclamait en 1776, dans son traité, l'utilité de l'extraction du cristallin transparent dans le traitement de la myopie forte de 2 à 3 pouces de foyer. Dans son opuscule intitulé : « Lettres et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur la vue des enfants naissants, etc., 1775 » il déclare que le baron Wenzel aurait, sur sa recommandation, pratiqué plusieurs fois cette opération.

Mais en consultant le traité de ce dernier sur la cataracte (Paris 1776) et son manuel d'oculistique de 1808, on n'en trouve aucune mention, ce qui suppose ou que celui-ci ne l'a jamais faite ou que n'en ayant pas été satisfait il l'a passée sous silence.

A une époque relativement récente où, malgré les conceptions lumineuses de Young, on attribuait aux muscles extrinsèques (droits et obliques) le pouvoir d'accommodation par allongement du globe, on a pensé que la répétition de cet acte pouvait devenir cause de myopie. De là à s'attaquer aux muscles il n'y avait qu'un pas qui fut franchi par Jules Guérin (1) (section des muscles droits), puis par Phillips (section de l'oblique supérieur), Bonnet, de Lyon (section de l'oblique inférieur), Szokalski et d'autres.

La démonstration due à Helmholtz que le cristallin et le muscle ciliaire étaient les seuls agents de l'accommodation a eu pour résultat l'abandon des myotomies dans la myopie et une dernière tentative de réhabilitation faite récemment par Motais d'Angers (2) n'a pas trouvé jusqu'ici d'écho.

Il se pourrait toutefois que les raisons invoquées contre la ténotomie, basées sur la non intervention des muscles extrinsèques dans l'accommodation, ne soient pas valables pour ce qui concerne l'étiologie et le traitement chirurgical de la myopie.

Pour nous, d'accord avec J. Guérin, Giraud-Teulon et d'autres, la convergence forcée joue un rôle prépondérant dans l'évolution de la myopie progressive, surtout chez les individus prédisposés.

Bonnet de Lyon, dans son traité des sections tendineuses, relate des cas de réduction dans le dégré de la myopie, obtenus par la ténotomie du petit oblique à son insertion orbitaire. Comme il s'agit là d'une intervention des plus simples, nous pensons qu'elle mérite d'être reprise ne fut-ce qu'à titre d'essai.

Pour compléter l'historique des opérations qui s'attaquaient au cristallin transparent il nous faut signaler la mention qu'en fait Beer dans son traité de 1817, p. 659. Weber, au Congrès de Heidelberg, 1858, y revient ainsi que Mooren (ibid) qui relate une opération de ce genre peu encourageante, il est vrai, puisqu'elle fut suivie d'irido-cyclite destructive. A ce propos, Donders et de Græfe s'élevèrent contre toute tentative opératoire dans la myopie et cet arrêt fit

(1 Communication à l'Académie de médecine

(1) J. Guérin, *Gaz. Méd. de Paris*, 1841, p. 177.
(2) Motais d'Anger, Soc. franç. d'ophtalm., 1890.

qu'on n'en a plus parlé jusqu'en 1888, époque à laquelle Ruiz et Kœnig (Rec. d'opht. 1888 p. 224), plaident en faveur de l'intervention par des arguments valables mais auxquels manquait la sanction de l'expérience. En 1888, Fukala présentait, à la Société médicale de Vienne, deux malades jeunes, opérés par discision avec succès et en 1890 (Arch. f. opht: T. 36, fasc. 2 p. 230) il en publiait un ensemble de 19 cas tous concernant des individus de moins de 24 ans et offrant une myopie supérieure à 13 D.

Parmi ceux qui ont suivi, cette voie, nous citerons Vacher (1891), Bouchard (thèse 1892), Schweigger (1892), Thier, Hippel, Schirmer, Wray, Pflüger, Vacher (1894 et 1895), Sattler, les deux cas de Valude (Acad. de Méd. 24 déc. 1895), et Silvastri (Sett. Med. dello sperimentale 1896).

Après cette longue énumération, il nous sera permis de relater une observation personnelle, qui ne manque pas, croyons-nous, d'intérêt au point de vue de la double intervention opératoire et du résultat dont elle a été la suite.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 16 ans, myope de 22 D à l'œil droit et de 16 D à l'œil gauche. A part un croissant myopique rudimentaire, aucune lésion choroïdienne, milieux transparents. Ne peut exercer aucun métier à cause de sa forte myopie malgré l'emploi de verres correcteurs.

L'œil droit opéré le 11 mars 1893 par iridectomie suivie de discision puis d'extraction, était devenu hypermétrope de 1,25 D avec + 0,75 D d'astigmatisme conforme à la règle.

L'acuité visuelle égale à un tiers lui permettait de voir au loin et de lire sans la moindre fatigue. Sur les sollicitations du malade, l'œil gauche fut opéré le 22 novembre 1896 par discision et extraction sans iridectomie. Le résultat fut exactement le même avec le même degré d'hypermétropie et d'astigmatisme. L'acuité visuelle supérieure à un tiers permettait au malade, grâce à la rondeur et à la mobilité de sa pupille, de se guider au loin sans verre et d'être très satisfait de la vision de près.

Revu en juillet puis en décembre 1896, le sujet se trouve toujours dans le même état satisfaisant en tant qu'acuité visuelle; mais l'examen ophtalmoscopique nous montre les petits croissants choroïdiens, situés toujours du côté temporal, en voie d'évolution manifeste, bien qu'il s'agisse désormais d'yeux aphakes, privés de toute réfraction. Cette constatation venant à se confirmer par des observations de même ordre serait on ne peut plus contradictoire de l'avis de ceux qui font jouer à la réfraction le rôle prépondérant dans les progrès du staphylome d'où dérive la myopie.

De l'ensemble des faits publiés dont le chiffre oscille entre 400 et 500 au bas mot, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions toutes, en grande partie, favorables à la nouvelle méthode de traitement.

Dans les myopies fortes et progressives, à partir de 16 D et au dessus, l'intervention opératoire est parfaitement justifiée ; à la condition que l'acuité visuelle soit suffisante eu égard à la profession exercée par le sujet, ce qui suppose l'absence de lésions maculaires, la transparence des milieux et le manque d'amblyopie par strabisme ou autrement.

Pour un même degré élevé de myopie, l'opération est d'autant plus indiquée que l'individu est jeune, l'expérience ayant démontré combien sont à craindre par la suite des complications graves telles que : le synchisis vitréen, l'atrophie et l'apoplexie de la macula, la choroïdite disséminée, les cataractes corticales, et, par dessus tout, le décollement spontané de la rétine.

Sans doute, l'extraction du cristallin transparent n'est pas exempte de mécomptes. Nous pensons même que le chiffre des insuccès est supérieur à celui qui ressort des statistiques publiées jusqu'ici, et cela, moins par mauvaise foi d'auteur que par le manque d'une surveillance assez prolongée des opérés dont on s'empresse de publier la guérison. Malgré cela, étant donné le fonctionnement très imparfait des yeux fortement myopes, que rien ne peut pallier, on devra accepter comme un progrès toute tentative faite pour améliorer le sort malheureux des sujets, même au risque d'insuccès qui, en somme, constituent l'exception et dont le nombre décroîtra grâce à une antisepsie sévère et en tenant compte des contre-indications opératoires précédemment indiquées.

On n'a pas manqué de soutenir qu'à la suite de l'extraction du cristallin transparent, il y avait arrêt de la marche progressive de la myopie en même temps que des lésions choroïdiennes atrophiques qui l'accompagnent. En ce qui concerne cette dernière proposition nous faisons des réserves jusqu'à plus ample informé ; d'autant plus que chez notre malade, un an après, il nous a été donné de constater l'extension en largeur des croissants myopiques, bien que l'hypermétropie acquise de 1,50 D restât la même.

Pour la majorité des opérateurs, les lésions choroïdiennes atrophiques ne constituent une contre-indication formelle que si elles intéressant la macula ou si elles s'accompagnent de décollement de la rétine. En pareil cas le résultat serait aléatoire sinon nul et mieux vaut s'abstenir de toute intervention.

Si, comme nous le pensons, l'extraction du cristallin transparent est destinée à garder sa place en ophtalmologie en tant que moyen de traitement de la myopie forte et où les verres ne sauraient procurer le moindre bénéfice, il ne nous semble pas justifié d'en faire exclusivement honneur à l'abbé Desmon-

ceaux qui ne l'a jamais pratiquée, pas plus qu'à Wenzel lequel n'en fait aucune mention dans ses écrits.

Tout nom propre mis de côté, il faut reconnaître que le mouvement actuel remonte aux premières publications de Fukala appuyées sur des observations positives. Ce qui reste à faire dans cette voie nouvelle concerne le présent et l'avenir d'où naîtra l'accord nécessaire entre les enthousiastes et les détracteurs de la méthode.

CLINIQUE MÉDICALE

La colite muco-membraneuse chez les utérines. Pathogénie basée sur des recherches anatomiques (1).

Par M. Henry Morau.
Préparateur d'histologie à la Faculté de médecine

I. — Si l'on ouvre les traités classiques pour y chercher l'entité morbide qui fait l'objet de cette étude, on est bientôt frappé de la multiplicité des appellations qui lui ont été données.

Les noms le plus souvent employés sont les suivants : diarrhée glutineuse (van Swieten); entérite glaireuse (Nonat), diarrhée tubulaire (Good), affection muqueuse de l'intestin (Witchead), entérite membraneuse (da Costa), affection membraneuse de l'intestin (Goss), affection douloureuse de l'intestin (Powell), croup intestinal (Clamens), perpétide exfoliatrice (Gigot-Suard), colique muqueuse (Nothnagel), diarrhée fibrineuse (Grauthans), entérite interstitielle (Wannebroucq), entérite mucino-membraneuse (G. Sée) colite pseudo-membraneuse (Ozenne-Mathieu, etc.

Si la richesse synonymique de l'affection qui nous occupe est aussi grande, c'est que les différents auteurs qui l'ont observée ne l'ont envisagée qu'à un point de vue très général. Certains d'entre eux ont essayé d'établir les relations de cette affection avec les lésions des organes voisins ; mais ne tenant compte que des faits cliniques, ils ont complètement négligé les faits anatomiques qui pouvaient seuls expliquer certaines formes de l'affection.

C'est une de ces multiples modalités cliniques qui fera l'objet de cette étude : celle qui s'accompagne toujours de lésions génitales chez la femme.

Parmi toutes les dénominations proposées nous avons choisi celle de *colite muco-membraneuse* parce que : 1° au point de vue anatomo-pathologique les lésions sont nettement localisées dans le gros intestin : 2 que le qualificatif de *muco-membraneuse* montre bien le produit de sécrétion des glandes qui sont lésées.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

Nous étudierons rapidement ce qu'on a compris sous le nom d'entérite membraneuse ; puis, délimitant notre sujet, nous exposerons les recherches anatomiques qui nous permettront d'établir d'une façon précise la pathogénie de la variété spéciale qui nous occupe. Les observations que nous citerons montreront le bien fondé de notre manière de voir.

II. — Depuis longtemps l'attention des observateurs a été attirée sur les selles glaireuses ou membraneuses qui sont le signe pathognomonique de l'affection qui nous occupe. On en trouve les premières notions dans les œuvres de Morgagni (1), de Fernel (2), de Van Swieten (3), de Gendrin (4), de Cruveilher (5), de Grisolle (6), de Graves (7).

Ce n'est qu'en 1861 que M. le prof[e] Laboulbène (8), dans ses belles recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, sépara nettement les muco-membranes des fausses-membranes vraies et décrivit les caractères différentiels qui permettent de les distinguer les unes des autres en se basant sur leurs caractères macroscopiques et leur structure histologique.

En 1868 deux observations de Guyot (9) et de Siredey (10) à la Société médicale des Hôpitaux attirent de nouveau l'attention des observateurs sur ce sujet. Le mémoire de Siredey marque même une date importante dans l'histoire de l'affection, car dès cette époque il résume toutes les opinions émises sur la pathogénie de l'affection.

Plus près de nous les divisions cliniques s'établissent plus précises et plus nettes. Dans cet ordre d'idées nous devons citer les descriptions que font les professeurs Germain Sée (11) et Potain (12), les études de Malibran (13) de Mathieu (14); enfin les revues cliniques de G. Lyon (15) et de Richardière (16).

La question de l'entérite muco-membraneuse est

(1) Morgagni. 31e Lettre sur le flux du ventre.
(2) Fernel. Pathologie, livre VI, p. 157.
(3) Van Swieten. Diarrhea febrilis, tome II, p. 271.
(4) Gendrin. Traité philosophique de médecine pratique. Des fièvres dyspeptiques ou associées, tome III, p. 25.
(5) Cruveilher. Anatomie pathologie générale, tome IV, p. 451.
(6) Grisolle. Path. int., tome II, p. 728, 2e édition.
(7) Graves. Clinique médicale, 2e édition, tome II, p 320.
(8) Laboulbène. Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.
(9) Guyot. *Société médicale des Hop.*, 1868.
(10) Siredey. *Société médicale des Hop.*, 1868
(11) Germain Sée. Régime alimentaire, les intestinaux. Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin : *Académie de médecine.*
(12) Potain. *Semaine médicale*, 1894.
(13) Malibran. L'atonie intestinale et ses complications, *thèse Paris*, 1883.
(14) Mathieu. De l'entérite muco-membraneuse. *Traité de médecine*, tome III.
(15) G. Lyon, L'entérite muco-membraneuse. *Gaz. des Hôp* 1894.
(16) Richardière. L'entérite muco-membraneuse. *Union médicale*, janvier 1895.

toute d'actualité : en même temps qu'on connaît mieux les caractères histologiques et cliniques des muco-membranes on cherche à préciser le mécanisme intime de leur production et à déterminer en particulier les causes qui les favorisent.

C'est ainsi qu'on montre la fréquence de cette forme d'entérite chez les femmes nerveuse (Debove, Mathieu, Legendre), sa concomitance avec l'hystérie, la neurasthénie et enfin avec les diverses affections des organes génitaux (Ozenne).

C'est ce dernier point seulement que nous avons en vue dans cette étude.

La coexistence des selles glaireuses et des affections utérines a été pour la première fois signalée par Nonat (1) en 1860.

Dans la seconde édition de son traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes (1874). il fait remarquer que si l'entérite glaireuse des utérines n'avait pas encore été signalée avant l'apparition de son ouvrage, elle avait été généralement admise depuis que l'attention des observateurs avait été attirée sur elle. « C'est, dit-il, un symptôme de voisi-« nage que l'on retrouve dans nombre d'affections de « l'utérus et de ses annexes, mais plus particulière-« ment dans la métrite et dans les phlegmasies péri-« utérines. »

En 1868 Siredey signale « certaines entérites secon-« daires ou de voisinage comme celles que déter-« mine souvent une inflammation utérine ou périu-« térine et qui donnent lieu à cette sécrétion glai-« reuse de l'intestin bien décrite par Nonat. »

En 1875, Findley (2) fait remarquer que l'expulsion des matières glaireuses a coïncidé avec une dissenterie glaireuse.

Lissen (3) en 1888 fait remarquer la fréquence de cette affection chez les femmes atteintes de lésions utérines et plus particulièrement de catarrhe utérin.

M. E. Monod (4) de Bordeaux avoue en 1863 « avoir « vainement cherché dans les traités classiques de « gynécologie une mention quelconque de l'entérite « muco-membraneuse dans le cortège des symptômes « de voisinage qui accompagnent les maladies des « organes génitaux internes de la femme. »

Et plus loin le même auteur ajoute que « si l'his-« toire clinique de la colite muco-membraneuse est « aujourd'hui assez bien connue, les auteurs semblent « s'être peu préoccupés de rechercher les liens qui « peuvent la rattacher à une affection de l'utérus ou « de ses annexes. »

C'est ce désidératum que nous nous proposons de combler.

(1) Nonat. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1860, 2e édition, 1874.

(2) Findley. American journal of medical Sciences, 1875.

(3) Lissen. Berlin. Klinische Wochen, 1888, n° 29, p. 392.

(4) Monod. De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie. An. de Polycl. de Bordeaux, mai 1893.

III. — Pour comprendre d'une façon précise la pathogénie de la colite muco-membraneuse chez les utérines, il nous faut tout d'abord exposer certains détails anatomiques qui montreront les liens intimes qui unissent les différents organes pelviens entre eux.

Ces détails anatomiques ne porteront que sur les lymphatiques de l'appareil génital et du rectum.

Ces liens anatomiques étant bien établis, la pathogénie que nous proposons aura du moins le mérite d'être logique.

Les lymphatiques du vagin sont extrêmement abondants et naissent des deux tuniques qui constituent la paroi de ce conduit : ils forment deux réseaux l'un muqueux, sous-épithélial et l'autre musculaire. Ces deux réseaux communiquent largement entre eux et ont été bien vus par Poirier (1).

De ces deux réseaux, muqueux et musculaire, partent des troncs afférents qui peuvent être réunis en trois groupes : 1° Un groupe inférieur, le moins important pour nous, est formé de lymphatiques venus de cette portion du vagin intermédiaire au canal vaginal proprement dit et à la vulve. Ces lymphatiques se rendent directement à des ganglions pelviens ; 2° Le groupe supérieur, né des réseaux vaginaux dans le tiers supérieur du conduit, comprend deux ou trois gros vaisseaux, d'après Poirier — sur un de mes sujets, une enfant de sept ans environ, j'en ai vu quatre. — Ces vaisseaux se dirigent sur les parties latérales du vagin pour s'unir avec ceux venus du col utérin et aboutir avec ces derniers dans les ganglions du plexus iliaque ; 3° Le groupe moyen est le plus important pour nous. Signalé pour la première fois par Poirier, c'est en complétant son étude qu'il nous a été donné de résoudre le problème que nous nous étions posé.

Il comprend deux ou trois vaisseaux d'après Poirier (sur deux sujets j'en ai vu jusqu'à quatre) qui, cheminant d'abord sur les parties latérales du vagin, s'engagent plus ou moins sur les côtés de la cloison recto-vaginale et gagnent le ganglion inférieur du plexus iliaque situé au niveau même de l'origine de l'artère vaginale, vers la partie moyenne de la grande échancrure sciatique, entre le nerf sciatique en dehors et en dedans le tissu cellulaire qui double la paroi du rectum.

Or, dans plusieurs de mes injections j'ai pu constater d'une façon presque constante, lorsque le réseau moyen avait été complètement injecté, qu'au niveau de la cloison recto-vaginale, deux ou trois vaisseaux se détachaient des troncs principaux et se perdaient en un réseau très délicat dans le tissu cellulaire de cette cloison.

En piquant, non plus la paroi sous-épithéliale de cette portion moyenne du vagin, mais sa paroi musculaire, et de préférence sa face postérieure, dans

(1) Poirier. Lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Progrès méd.*, Paris 1890.

cette partie du canal vaginal longue de 12 à 15 millimètres, tapissée de péritoine et formant le cul-de-sac utéro-vagino-rectal, j'ai pu constater la présence constante des deux gros troncs médians qu'avait déjà vus Poirier et que j'ai signalés à propos du réseau musculaire du vagin ; mais j'ai pu voir, en outre, en employant certains artifices de technique (réchauffement du sujet, position verticale, très faible pression, etc.), qu'en même temps que le mercure remplissait tout le réseau musculaire, il s'infiltrait encore plus loin et formait un réseau à mailles assez larges sur toute la paroi antérieure du rectum en rapport direct avec le vagin. Il n'y a donc plus dans ce fait seulement rapport de contiguité entre les systèmes lymphatiques des deux organes, mais bien rapport de continuité. Nous verrons bientôt les déductions pathologiques que nous tirerons de ces données anatomiques.

Les lymphatiques de l'utérus ne nous arrêteront pas, puisque nous savons que cet organe n'affecte pas de rapports immédiats avec le rectum. Leur description est aussi complète que possible dans le mémoire de Poirier. De cette description nous ne retiendrons qu'une particularité, sur laquelle insiste, avec raison, l'auteur, à savoir, « que les lymphatiques utérins, tant superficiels que profonds, *s'anastomosent entre eux dans toutes les parties de l'organe.* »

Si les lymphatiques de l'utérus normal ne présentent rien de bien particulier à signaler, il n'en est plus de même des utérus pathologiques et en particulier de ceux qui présentent des adhérences plus ou moins anciennes.

En piquant directement dans le tissu qui constitue ces adhérences, nous avons pu voir le mercure former un réseau d'une richesse incomparable, telle que c'est avec raison que le Dr Poirier a pu dire « que « ces adhérences étaient presque uniquement formées « d'un admirable réseau lymphatique ». En utilisant des adhérences par trop anciennes, nous serons même tenté de les comparer à un ganglion lymphatique étalé, tant l'aspect du mercure est semblable à celui qu'il présente dans un ganglion normal injecté. Or, nous savons que ces adhérences utérines sont beaucoup plus fréquentes sur la face postérieure de l'organe que sur sa face antérieure.

Sur deux sujets adultes nous avons rencontré des adhérences utéro-rectales et, les injectant au mercure, nous avons vu le mercure fuser sur toute la paroi correspondante du rectum, y former un réseau dont les troncs afférents se joignaient à ceux qui appartiennent en propre à l'organe et qui se rendent aux ganglions du meso-rectum. Le néo-tissu pathologique de l'adhérence établit donc encore ici des rapports de continuité entre les systèmes lymphatiques des deux organes.

L'injection de ces adhérences est faite sur les sujets relativement jeunes, ou du moins chez ceux dont les adhérences ne sont pas trop anciennes. Dans le cas contraire, lorsque l'adhérence est ancienne, l'injection est très difficile et même ne se fait pas. On pique dans le tissu et on reconnaît bientôt que le mercure fuse dans les vaisseaux sanguins. C'est qu'en effet le tissu néo-formé que nous considérons avec raison, croyons-nous, comme du tissu lymphatique presque pur, subit à la longue une sorte de régression scléreuse, telle que dans les adhérences très anciennes on ne trouve plus ni vaisseaux sanguins, ni lymphatiques, mais une sorte de tissu conjonctif condensé non systématisé.

IV. — Maintenant que nous connaissons les points particuliers de l'anatomie des lymphatiques des organes génitaux et les connexions qui unissent ces derniers avec l'appareil rectal, il nous sera facile d'établir notre pathogénie sur des bases solides.

Et tout d'abord, l'entérite muco-membraneuse est-elle une entité morbide, une colite spéciale, ou n'est-elle qu'un symptôme qui peut être observé dans un grand nombre d'affections intestinales de causes différentes ?

Pour considérer la colite muco-membraneuse comme une maladie spéciale de l'intestin, on s'appuyait, avant les dernières recherches bactériologiques, sur ce fait que les « selles muco-membraneuses sont caractéristiques » (1) et on ne tenait pas compte des divers agents pathogènes que les muco-membranes pouvaient renfermer, ni des points de pénétration de ces germes pathogènes. Elles diffèrent absolument des autres variétés de selles membraneuses, telles qu'on les observe dans la dysenterie ou dans l'empoisonnement par le sublimé et l'examen histologique permet de leur attribuer un mode de formation uniforme (loco citato).

Avant ces données pathogéniques, Lereboullet (2), reprenant et réfutant les idées de Wannebroucq (3) sur l'*entérite interstitielle essentielle*, admettait l'influence des inflammations ou des infections de voisinage sur le développement de l'affection et montrait déjà à cette époque, que l'entérite muco-membraneuse était presque toujours secondaire à une affection de voisinage. Le professeur Germain Sée faisait enfin observer, à juste titre, que l absence de fibrine dans ces fausses membranes excluait toute idée d'inflammation (4).

A l'heure actuelle, nous basant sur les travaux les plus récents et sur nos propres recherches, il faut tenir un plus grand compte, croyons-nous, de

(1) Richardière. Union médicale. 5 janvier 1895.
(2) Lereboullet. Gazette hebdomadaire 1895.
(3) Wannebroucq. Compte rendu. Assoc. p. avanc. des sciences, Congrès de Lille, 1874.
(4) Germain Sée. Compte rendu Acad. de méd. 1881.

l'élément microbien et de la dissémination par la voie lymphatique, dans la pathogénie de cette affection. Nous verrons dans nos observations que les muco-membranes renferment des bactéries (observ. du Dr Girode) ; qu'on les retrouve dans les sécrétions utéro-vaginales ; d'où viennent-elles? et quelles ont été leur voie de propagation sinon le système lymphatique! La voie muqueuse nous dira-t-on ; nous nous réservons de réfuter cette objection dans un instant, en montrant que sous l'épithélium desquamé, le réseau lymphatique se trouve à découvert et apte par suite à transporter le germe morbide dans l'économie.

Avec toutes ces données cliniques et nos propres investigations anatomiques nous croyons, en écartant la neurasthénie si fréquente chez la femme, pouvoir distinguer chez les utérines deux mécanismes de la colite muco-membraneuse. Chez ces malades cette affection est due : 1° Soit à une cause mécanique; 2° soit à une cause infectieuse. Cette distinction est un peu didactique ; elle est surtout destinée à faciliter notre tâche ; car, à étudier les faits de près, on pourra aisément reconnaître que, dans la majorité des cas, la cause infectieuse domine, et domine toujours seule.

Nous reconnaissons donc une colite muco-membraneuse d'*origine mécanique* provoquée, surtout au point de vue étiologique, par la constipation. Et une colite muco-membraneuse *infectieuse* due à la propagation de l'infection de l'appareil sexuel au rectum.

A. — La constipation purement mécanique sera due : 1° A des déviations utérines. Il est évident qu'un utérus en antéflexion ou en rétro-flexion viendra presser par son col ou son corps sur une portion plus ou moins élevée du cylindre rectal, déterminera dans le calibre de ce cylindre une obstruction plus ou moins complète du cours normal des matières, une stase de ces matières, une résorption plus ou moins grande (faible en général, la physiologie récente nous faisant connaître le faible pouvoir absorbant de la muqueuse rectale) des produits putrides engendrés par ces matières, et des toxines secrétées par les microbes qu'elles renferment, qu'en un mot, ces matières irriteront l'épithélium de la muqueuse rectale, mettront à nu le réseau lymphatique sous-muqueux ou sous-épithélial et feront grandes ouvertes les portes à l'infection.

Celle-ci une fois accomplie, l'organe entier sera lésé dans la totalité : les glandes, ce dernier refuge des micro-organismes, étant infectées, seront modifiées quant à leur structure et quant à leur secrétion, et leur infection même expliquera la ténacité si désespérante de l'affection qui nous occupe ; 2° à des tumeurs du petit bassin. Ici le problème devient un peu plus complexe, car ces tumeurs peuvent agir à la fois comme agents mécaniques et comme agents de propagation d'infection. Qu'il s'agisse d'un hydro ou d'un pyo-salpynx, de fibrômes utérins, de kystes ovariques, il n'en est pas moins vrai que la néoformation agit sur l'intestin par son propre volume d'abord, en le comprimant, et rentre ensuite dans le cadre que nous signalions plus haut des déviations utérines. Mais ces tumeurs peuvent agir en outre, comme agents d'infection si l'on songe, ainsi que nous espérons l'avoir démontré dans la première partie de notre travail, qu'il n'est pas un organe de l'appareil génital de la femme qui ne soit en connexion intime, par la voie lymphatique, avec les autres pièces de ce même appareil. On concevra donc facilement que, d'une part, un de ces organes étant infecté (pyo-salpynx, ovarite suppurée, etc., etc.), agissant déjà par son volume sur l'intestin, vienne ajouter à son action purement mécanique, celle plus active encore, de l'agent pathogène qu'elle peut renfermer et qui se propagera par les connexions lymphatiques de ces divers organes entre eux.

Nous savons bien qu'on invoquera pour cette propagation la voie muqueuse, mais encore une fois, qui dit muqueuse, dit lymphatique, ainsi que nous le démontrerons dans un instant.

3° La constipation mécanique chez les utérines peut être due à une cause indépendante des organes du petit bassin, et donner lieu cependant à de la colite muco-membraneuse. Cette cause a été bien signalée par le Profr Germain Sée, dans une de ses dernières communications à l'Académie de médecine (1). C'est, avec l'atonie musculaire de l'intestin, le relâchement, si fréquent chez les multipares, de la *sangle musculaire abdominale*. L'intestin déjà parésié plus ou moins infecté par le passé gynécologique de la femme, ne trouve plus au moment où il doit fonctionner l'adjuvant nécessaire dans la contraction des muscles abdominaux.

La physiologie nous apprend en effet que, dans la défécation, la contraction du diaphragme n'est pas seule à agir, qu'il faut que ce muscle prenne un point d'appui sur les muscles droits antérieurs et transverses de l'abdomen pour avoir son maximum *d'énergie* dans cet acte physiologique. Si donc cette *sangle musculaire* (G. Sée) vient à être relâchée par suite de nombreux accouchements, que d'autre part les tuniques intestinales aient perdu tant soit peu de leur tonicité, on comprendra l'action puissante de ce mécanisme dans la production d'une constipation opiniâtre donnant bientôt naissance à des exsudats muco-membraneux.

Dans ce dernier cas, comme dans ceux qui précèdent, les phénomènes peuvent s'enchaîner de la façon suivante : les matières arrêtées dans le gros intestin déjà parésié, irritent par leur contact trop prolongé

(1) Germain Sée. — Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin. — Compte rendu, Acad. de med., decembre 1893.

la muqueuse et déterminent, de préférence aux points mêmes de stagnation des matières excrémentitielles, un exsudat qui se dépose à leur surface ou se moule sur les plis de l'intestin.

Ces dépôts locaux de produits exsudatifs (mucus et cellules épithéliales en grande partie) expliquent les douleurs si vives qui accompagnent l'expulsion des muco-membranes et le soulagement qui la suit. Les choses n'en restent pas toujours à ce premier stade ; les gaz retenus dans l'intestin le distendent bientôt, passent dans l'estomac, le distendent à son tour et voilà surajoutée à l'affection intestinale une dilatation stomacale d'origine purement mécanique ou mieux pour nous *genito-mécanique*.

Ajoutons à ces phénomènes purement dynamiques ceux d'ordre chimique qui se passent dans les voies digestives ainsi obstruées, et nous pouvons expliquer, ainsi que l'avait si bien vu le Prof[r] Bouchard, les troubles nerveux que l'on observe si fréquemment dans cette affection, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer pour cela, avec les auteurs allemands, les troubles neuro-moteurs locaux ou périphériques. Il y a là simplement résorption putride et une explication bien rationnelle des troubles nerveux qu'on a observés si souvent dans la colite muco-membraneuse, tels que convulsions, état typhoïde, coma, etc. Mais toujours nous voyons dominer dans ces cas l'élément infectieux.

B. — Cause infectieuse. — Dans notre second groupe de faits, la colite muco-membraneuse reconnaît pour cause unique la propagation d'une infection de l'appareil génital au rectum par la voie lymphatique. Il n'est pas nécessaire pour expliquer ce mécanisme que l'infection soit uniquement localisée au vagin ou au col utérin ; il faut se souvenir seulement des nombreuses anastomoses lymphatiques qui unissent les unes aux autres les différentes pièces de l'appareil génital et en particulier des lymphatiques sous séreux qui mettent les vaisseaux propres de l'appareil génital en rapport de continuité avec ceux de la couche sous séreuse du petit bassin.

La pelvi-péritonite d'origine utérine que Goupil et Bernutz avaient si bien vue ne s'explique-t-elle pas aujourd'hui bien facilement grâce à la connaissance plus complète que nous avons des vaisseaux lymphatiques de ces organes. Jusqu'alors et de nos jours quelques gynécologistes, se refusant à admettre les faits anatomiques, veulent expliquer la transmission des inflammations utérines au péritoine par l'envahissement progressif des muqueuses utérine et tubaire. A cette manière de voir nous pourrions répondre d'abord avec M. Poirier que, si cette voix utéro-péritonéale, passant par la trompe, était la voie de transmission des inflammations et des infections, on verrait les lésions ou leurs vestiges prédominer surtout autour de l'orifice péritonéal de la trompe, tandis qu'elles ont pour centre l'utérus ou les organes en connexion lymphatique avec lui.

D'autre part, nous ferons observer aux partisans de la voie muqueuse que, qui dit muqueuse infectée, dit en même temps, au point de vue purement anatomique, voies lymphatiques ouvertes à l'envahissement microbien. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'une muqueuse, quelle qu'elle soit, est constituée par un vernis épithélial, essentiellement instable et transformable (nous avons démontré le fait, précisément dans des muqueuses génitales (1)) doublé à sa face interne par un chorion conjonctif où les éléments lymphatiques prédominent. Il nous suffit à ce sujet de rappeler la richesse extrême du réseau sous épithélial lymphatique des diverses muqueuses dont nous avons donné plus haut la description.

Donc tout microbe envahissant une muqueuse agit d'abord par *sa présence et ensuite par son action chimique*.

Par *présence*, il irrite l'épithélium, celui-ci subit les transformations classiques de l'inflammation, c'est-à-dire retourne à l'état embryonnaire (2) et tombe ; ou bien évolue vers un autre type ; quoi qu'il en soit, la barrière protectrice a été ouverte, les phagocytes sont intervenus, et s'ils n'ont pas été vainqueurs dans la lutte, ils transportent dans le réseau lymphatique les agents même de l'infection.

En avançant ces faits, nous ne faisons que répéter des choses déjà connues, empiriquement, si on veut bien nous permettre cette expression, mais non encore démontrées par des preuves anatomiques.

Il y a déjà nombre d'années que la majorité des gynécologistes sont à peu près d'accord pour attribuer aux lymphatiques le rôle principal dans les phlegmasies pelviennes survenues même en dehors de l'état puerpéral.

Les travaux de Nonat et de ses élèves, confirmées par ceux de Guérin, de Fioupe, d'Auger, de Dreyfus, etc., montrent bien le retentissement de l'inflammation des lymphatiques génitaux sur le tissu cellulaire du petit bassin et des ganglions. Les travaux modernes substituent au mot inflammation celui d'infection et nous croyons avoir montré anatomiquement les voies de propagation de cette infection.

Aussi, devant un tel état de choses pouvons-nous dire avec Poirier « qu'on ne laisse pas que d'être « fort surpris, lorsqu'on étudie les phases diverses « de l'histoire des inflammations utérines et de leurs « complications, du long temps qu'il a fallu pour que « l'influence des lymphatiques dans la transmission

(1) Henry Morau. — Des transformations épithéliales physiolog. et patholog. — Th. inaug., Paris 1889. — *Journal d'anat. et de physiolog.* Paris 1889 ; — Du péritoine tubo ovarique et de son rôle dans la fécondation. — *Journal de méd. de Paris*, 1892.

(2) Henry Morau : Transformations épithéliales pathologiques du sac pulmonaire de la grenouille. *Compt. rend. Soc. Biolog.*, 1892, — Letulle : De l'inflammation, Paris, 1893.

« des matières septiques pour la production d'in-
« flammation dans les annexes et la séreuse fut bien
« et définitivement établie. »

Le système lymphatique n'est-il pas dans toute l'économie l'agent le plus actif d'absorption et la voie ordinaire des inflammations? Pourquoi les organes pelviens échapperaient-ils à cette loi générale?

Si cette propagation directe de l'infection génitale au petit bassin est bien démontrée, il nous semble qu'elle peut être également admise pour le rectum, puisque nous avons montré par des préparations, les rapports de continuité qui existaient entre ces deux appareils tant au point de vue normal qu'au point de vue pathologique (adhérences utero-rectales.)

L'agent pathogène peut exister à l'état latent plus ou moins longtemps (rareté des cas de colite muco-membraneuse chez les utérines pour certains gynécologistes), mais il n'en est pas moins vrai qu'à un moment donné il pourra envahir le réseau lymphatique du petit bassin et infecter les tuniques rectales. L'inverse peut également se produire.

V. — Pour confirmer le bien fondé de notre pathogénie au point de vue clinique, nous choisissons entre les innombrables observations que nous possédons personnellement ou que nous avons pu recueillir tant dans la littérature médicale que chez nos amis, trois seulement qui nous semblent fixer définitivement les termes mêmes du problème — car elles démontrent presque d'une façon expérimentale le début de l'affection dans l'appareil génital ou la réciprocité.

1re OBSERVATION (résumée). — Mme X..., 26 ans — Bien réglée à 12 ans. — Mariée à 22 ans. — Un enfant. — Pas d'antécédents morbides. — Un mois après sa couche elle commence à souffrir dans le ventre, de douleur dans les cuisses, perte d'appétit, somnolence après les repas, devient plus irritable; pas de constipation habituelle, vient consulter parce qu'elle souffre beaucoup en allant à la garde-robe et qu'elle a remarqué dans ses selles de *grands filaments blanchâtres*

A l'examen pas d'hémorrhoïdes, pertes blanches abondantes, léger degré de vaginite. Métrite cervicale.

Le traitement institué est général et local.

Alimentation formée de viandes noires grillées, du thé chaud pour boisson, des féculents.

Pansement quotidien vaginal avec solution de glycérine et d'ichtyol, crayon iodoformé dans l'utérus. Après quinze jours un hersage du col.

Dix mois après guérison de la lésion utérine, la colite persiste, malgré la médication appropriée, moins douloureuse cependant que par le passé.

2e OBSERVATION (due à mon collègue Girode) (résumée). — Jeune femme, neurasthénique, pertes blanches, métrite catarrhale, symptômes de la colite muco-membraneuse dominant l'examen simultané des muco-membranes et du mucus vaginal montre la présence du bacille coli-commune (cité in thèse Letcheff, Paris, 1895).

3e OBSERVATION. — Dans ce dernier cas l'infection rectale se propage à l'appareil génital.

Jeune femme ayant habité longtemps la Cochinchine, y contracte la dyssenterie. A son retour à Paris, épouse un homme absolument indemne de tout gonocoque. Trois mois après elle présente des troubles graves de l'appareil génital, sans fausse couche préalable. L'examen bactériologique des fausses membranes ne révèle aucun gonocoque. Son mari est absolument sain et la malade hors de toute suspicion.

BIBLIOGRAPHIE

Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola, par Edouard TOULOUSE, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'asile Sainte Anne (*Soc. d'édit. scientifique*, Paris 1896).

«Un livre de réclame », tel devrait être le soustitre de ce volume et probablement de ceux qui le suivront. Le tapage qui se fait autour de lui, dans les milieux extra-scientifiques, n'en est que trop la preuve. « Comment, docteur, me dit un client, vous ne connaissez pas le livre du Dr Toulouse! mais c'est un livre admirable, c'est un pur chef-d'œuvre, on en parle partout, etc. » J'étais, je l'avoue, un peu confus de mon ignorance, et comme je ne demande qu'à m'instruire, je priai mon client de me prêter le volume qui l'avait si fort enthousiasmé. Je ne pensais qu'à le lire pour mon édification personnelle, quand notre aimable rédacteur en chef m'en envoya un exemplaire pour l'analyser. Hélas! la tache était bien ardue pour moi qui ne suis guère versé dans les études médico-psychologiques et je dois confesser ici toute mon incompétence.

Je me bornerai donc à dire que ce premier volume est composé de deux parties absolument distinctes.

Dans la première, que le Dr Toulouse intitule « Introduction générale », il expose dans une centaine de pages le but qu'il poursuit, ses idées sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie, la façon dont il procède à l'examen de ses sujets, etc.

La seconde partie, la plus importante, est la reproduction aussi complète, aussi fidèle et aussi précise que possible de l'observation de M. Emile Zola. C'est ainsi que demain tout le Paris qui lit saura que M. Emile Zola a perdu huit dents, qu'il était constipé avant d'engraisser, puis que les selles étaient plus faciles quand il était gras, et que maintenant qu'il maigrit elles redeviennent paresseuses (nous le plaignons sincèrement), qu'il urine 15 à 20 fois par jour, qu'il est gourmand (je comprends ça!) qu'il dort bien (tant mieux), qu'il aime la femme jeune (tous les hommes sont un peu comme lui, on prétend même que certains les aiment d'autant plus jeunes qu'ils

sont eux-mêmes plus âgés), que son instinct génital se développa de bonne heure, qu'à dix ans il eut de petites amours, à douze ans de véritables passions et que cependant, malgré cet éveil précoce des idées sexuelles, les femmes n'ont pas joué un grand rôle dans sa vie d'adolescent et de jeune homme, qu'il est très maladroit au billard (et moi, donc !), etc., etc.

On reste effrayé, en lisant tous ces détaile de la variété des recherches de l'auteur et l'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer de l'ingéniosité de l'observateur ou de la patience du sujet qui a dû se prêter à une foule d'examens plus ou moins agréables et répondre à quantité de questions plus ou moins indiscrètes. Et tout cela pour aboutir à vous faire savoir que M. Emile Zola n'est ni un hystérique, ni un épileptique, mais un névropathe.

D'autres observations pour d'autres hommes intelligents ou supérieurs suivront ; elles vous montreront probablement encore des névropathes, car je doute que les épileptiques ou les fils d'aliénés laissent volontiers publier urbi et orbi qu'ils sont atteints d'une tare aussi grave. La science en sera-t-elle beaucoup plus avancée ? Je veux bien le croire, mais je ne suis pas à même de le dire et je laisse à d'autres plus experts que moi le soin de se prononcer.

Mais ce que je puis bien affirmer, et cela sans crainte de me tromper, c'est que ce volume sera un gros succès de librairie, car tous les admirateurs de Zola (j'en suis) et ils sont légion, voudront savoir comment le Dr Toulouse a « étudié et étiqueté la guenille » (1) du grand homme. Je me suis laissé dire que ce dernier avait prédit à son cher docteur un tirage à 25,000 exemplaires ; je le crois sans peine, et le souhaite vivement pour mon confrère et pour son éditeur, le Dr Labonne. Dr Eug. Deschamps.

P. S. — En me relisant, je m'aperçois que j'ai oublié de dire que mon client, si vivement épris de cet ouvrage, est un journaliste qui n'a rien de scientifique, que son exemplaire était encore vierge au moment où il me l'a donné (c'est moi qui en ai coupé les pages pour le lire), que personne ne lui en avait communiqué les « bonnes feuilles » pour en faire son article de tête dans le *Figaro* ou ailleurs. Du reste, bien que ce livre soit une œuvre « uniquement scientifique », écrite pour les médecins, l'exemplaire qu'il a bien voulu me confier doit être du premier tirage, tandis que celui de la *France médicale* n'est que du deuxième mille. Je ne m'en plains pas, convaincu que plus tard, avant ou après ma mort, le premier mille n'aura pas plus de valeur que le second. Mais peut-être est-ce l'ami Labonne qui s'est trompé dans son envoi : on aime si peu, à notre époque, initier les profanes aux secrets de la médecine et faire parler de soi dans les feuilles publiques !

D. E.

(1) Lettre de M. Emile Zola en tête du volume.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 décembre 1896. — *Présid. de* M. Cornu.

Après un discours du président, proclamation a été faite des prix décernés en 1896, parmi lesquels nous relevons les suivants :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Deux prix sont décernés à MM. les docteurs Sigismond, Laskowski et Legrain. — Un troisième prix est partagé entre MM. Imbert et Bertin-Sans, d'une part, et MM. Oudin et Barthélemy, de l'autre. — Trois mentions sont attribuées à MM. les docteurs Comby, Brocq et Jacquet, Broca et Mauriac. — Une citation est accordée à MM. Dignat, Viry, médecin principal de première classe, et Gils, médecin-major de première classe.

Prix Montyon — *Statistique.* — Le prix est décerné : 1° au comité d'assurances à primes fixes sur la vie ; 2° à M. le docteur Huguet, médecin-major de deuxième classe. — Une mention très honorable est attribuée à Mme Pégard, et une mention honorable à M. G. Baudran.

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Bertrand et Fontan, et M. le docteur Raynaud. Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Moreigne.

Prix Bréant. — Le prix est décerné à M. Rénon, et à MM. Netter et Thoinot.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur Max Melchior (de Copenhague). Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Paul Delbet.

Prix Serres. — Le prix est partagé entre M. Mathias-Duval et M. Alfred Giard. Une mention est attribuée à M. Laguesse.

Prix Bellion. — Le prix est décerné à M. le docteur de Brun. Une mention honorable est attribuée à M. Bodin.

Prix Mège. — Le prix est décerné à M. le docteur Mauclair.

Prix Lallemand. — Le prix est décerné à M. Raphaël Dubois.

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à M. le professeur Edmond Delorme.

Prix Montyon. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Contejean. Une mention honorable est attribuée à M. Pagès.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. le docteur Joachimsthal (de Berlin).

Prix Philipeaux. *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Tissot.

Prix Gay. — Le prix est décerné à M. André Delebecque,

Prix Jecker. — Le prix est partagé entre MM. Matignon, A. Auger, Bouveault et Genvresse.

Prix Vaillant. — Question proposée en 1894 et remise au concours de 1896. — Le prix est décerné à M. A Guyc.

Prix Vaillant. — Question proposée pour 1896. — Le prix est décerné à M. Charles Lallemand.

Prix Fontanes. — Le prix est décerné à M. Douvillé.

Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. Em. Bescherelle.

Prix Montagne. — Un encouragement est accordé à M. Flagey.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. Charles Janet.

Prix Savigny, — La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu cette année de décerner le prix.

Prix Montyon, — *Arts insalubres.* — Le prix est décerné à M. Emile Cacheux.

Prix Trémont. — Le prix est décerné à M. Frémont.

Prix Gegner. — Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Delalande-Guérineau. — Le prix est décerné au capitaine Toutée.

Prix Jean Reynaud. — Le prix est décerné à M. Henri Poincaré, membre de l'Académie des sciences.

Prix Jérome Ponti. — Le prix est décerné à MM. Benoit, Chapuis et Guillaume.

Prix Leconte. — *Arrérages.* — Le prix est décerné à M. J. Roussel et à M. Henneguy.

Prix Houllevigue — Le prix est décerné à M. Joanis.

Prix Cahours. — Le prix est partagé entre MM. Frankler, Lebeau, Hébert et Varet.

Prix Saintour. — Le prix est partagé entre MM. Guntz et Renault.

Prix Laplace. — Le prix est décerné à M. de Nanteuil de la Morville.

Prix Rivot. — Le prix est décerné à MM. de Nanteuil de la Morville, Dutilleul, Balling et Leroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1896.—Présidence de M. Hervieux.

La Correspondance comprend : 1° un pli cacheté déposé par le Dr Piaggio, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Montevideo; 2° une lettre de M. Richard, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, candidat dans la section d'hygiène publique et de médecine légale; 3° un pli cacheté, relatif au traitement chirurgical de la tuberculose du larynx, déposé par MM. Gougenheim et S. Guinard; 4° une lettre de M. le Dr Vincent, médecin en chef de la marine à Rochefort, qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division).

M. J. Bergeron lit les discours qu'il a prononcés au nom de l'Académie lors du jubilé de M. Théophile Roussel et lors de la translation du corps de Pasteur dans la crypte de l'Institut Pasteur, samedi dernier.

Lait stérilisé et lait bouilli. — M. Charpentier fait un rapport sur une lettre adressée à l'Académie dans sa dernière séance par le Dr Gueneau, de Levallois-Perret, et demandant si pour l'allaitement des nouveaux-nés il faut continuer à prescrire le lait bouilli, comme le recommandent les dernières instructions de l'Académie, ou donner du lait stérilisé comme le demande le conseil municipal. M Charpentier répond que les derniers travaux présentés à l'Académie, et en particulier ceux de M. Budin, d'autre part les résultats obtenus dans les crèches montrent que non seulement le lait stérilisé est bien supporté par les enfants, mais que depuis son emploi les diarrhées vertes, le choléra infantile ont disparu et que la morbidité et la mortalité des enfants ont considérablement diminué. Il faut donc que l'Académie change le plus tôt possible ses prescriptions au sujet de l'allaitement artificiel.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Railliet; en 2e ligne, *ex æquo* : MM. Barrier Benjamin, Cadiot, Kauffmann, et Saint Yves Ménard.

Sur 66 votants, majorité 34, M. Railliet est élu par 55 voix contre 8 données à M. Saint Yves Ménard, 1 à M. Benjamin, 1 à M. Kauffmann et 1 bulletin blanc.

Microphonographe. — M. Laborde présente de la part de M. Dusseau, professeur à l'université de Genève, un appareil destiné à faire entendre les sourds.

Traitement chirurgical de la myopie. — M. Panas (V. ci-dessus, p. 2).

Radiographie. — M. Poncet lit au nom de MM. Destot et Bérard, de Lyon, un travail sur les circulations artérielles et veineuses du rein, étudiés au moyen des rayons de Rœntgen et du stéréoscope.

Traitement chirurgical de la surdité. — M. Garnault propose, dans le traitement de la surdité chronique, d'enlever la membrane du tympan, le marteau et l'enclume, d'extraire ou de mobiliser l'étrier, suivant le cas, après décollement du conduit membraneux et élargissement du conduit osseux. Il n'a jamais observé de fièvre à la suite de cette opération, les malades reprennent la vie ordinaire au bout de trois à quatre jours. Tous les malades atteints de surdité chronique, chez lesquels la supériorité de la perception cranienne sur la pereeption aérienne pour le diapason montre l'intégrité de l'appareil percepteur, sont opérables.

Dans tous les cas où la surdité était liée à une otite suppurée, l'opération a donné de trés bons résultats au point de vue de l'audition. Dans les otites sèches, 50 p. 100 des malades opérés ont été améliorés, 20 p. 100 ont obtenu une audition très satisfaisante.

A 4 heures 40 l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Delens

Pathogénie de l'appendicite. — M. Reynier. Je ne crois pas que la purgation puisse être utile même au début de l'appendicite. Je ne reste partisan que de la glace et du repos de l'intestin : ce qui est incompatible avec l'usage du purgatif.

M. Brun. Un certain nombre de théories ont été émises. Je n'ajouterai qu'une chose, c'est que dans les cas où je suis intervenu, même avec tous les symptômes sans exception de la typhlite, j'ai trouvé une appendicite, et non une typhlite. On a, il est vrai, constaté des ulcérations cœcales. Mais à côté de ces lésions se trouvait toujours un appendice malade, qui était certainement l'origine des accidents. Toutes les fois que le cœcum est malade, l'appendice l'est aussi. Et jusqu'au jour où on montrera une typlite ulcérée et un appendice sain, je resterai convaincu de la lésion primitive de l'appendice.

M. Pozzi est seul venu défendre la théorie du vase clos en apportant, en dehors de comparaison avec la salpingite, une seule observation qui ne me paraît nullement probante.

au point de vue de la démonstration de l'obstruction appendiculaire.

La pathogénie de l'appendicite s'explique par l'infection intestinale, je ne veux pas dire que l'obstruction de l'appendice soit une chose indifférente, et je crois qu'elle répond à des cas particulièrement graves. C'est une gangrène aiguë de l'appendice, il y a oblitération par un gros calcul et infection aiguë, mais c'est l'infection qui joue le rôle principal.

M. Pozzi. Je n'ai point dit que l'oblitération du canal appendiculaire avait été l'accident primitif. J'ai dit que chez ma malade, du côté du canal cholédoque, il y avait eu un obstacle mécanique, puis de l'ictère. J'ajoutai : est-ce que par analogie, vous ne pourriez admettre comme probable la possibilité d'une obstruction de l'appendice par un processus analogue ?

Or, toutes les fois qu'une cavité primitivement infectée s'oblitère, l'infection s'exaspère. — M. Dieulafoy admet qu'un appendice même sain s'oblitère, l'infection survient, ceci peut être vrai en laboratoire, mais peut être discuté en clinique, en réalité. Ce qui ne peut être nié, c'est l'exaspération de la virulence d'une cavité close, déjà infectée primitivement. Il y a exaltation momentanée qui peut être vaincue par la phagocytose et de là des cavités très anciennement closes deviennent stériles.

Pour moi, dans le mécanisme intime de l'appendicite il y a deux facteurs. Il faut tenir un grand compte de l'ischémie facile de l'appendice, et aussi de l'intensité de la virulence de certaines inflammations, quelle que soit la pathogénie de ces complications.

M. Bazy. J'ai apporté des documents à l'appui de la participation cœcale. On peut citer des faits où il existait des lésions cœcales et des lésions appendiculaires, comment savoir si elles ne sont pas contemporaines ou l'une antérieure à l'autre. De plus, dans un cas, une lésion à peine marquée existait sur l'appendice, tandis qu'une lésion très avancée existait sur le cœcum, comment ne pas en déduire que la lésion cœcale peut être primitive, ce que je crois, M. Brunnie a tort.

M. Routier. Je vais résumer devant vous la discussion qui a été soulevée par le très court rapport que j'ai eu à faire. Certains ont soutenu que les désordres intestinaux étaient antérieurs et primitifs ; je ne le crois pas. Je pense que l'appendicite est primitive et si on vient à supprimer l'appendice, le malade est débarrassé de tout trouble intestinal. De là, pour moi le principe d'aller par une seconde opération chercher l'appendice, qui a déjà une fois provoqué l'existence d'un abcès ouvert et guéri.

La réhabilitation de la vieille typhlite me paraît absolument exagérée, et je n'y crois pas. Le cœcum n'est jamais altéré que secondairement.

La théorie de la cavité close a été battue en brèche et M. Brun me paraît avoir fait trop bon marché de l'expérience de laboratoire. Ce peut être par boursouflement et congestion de la muqueuse appendiculaire que se fait l'occlusion de l'appendice. Et si on met l'appendice pendant 3 ou 4 jours dans l'alcool au tiers, on voit l'appendice prendre une forme de chapelet et indiquer ici une série de rétrécissements.

Si l'on presse l'appendice on ne peut le vider dans l'intestin. Il n'y a donc pas une libre circulation dans cette appendice.

L'appendicite familiale semble établie au même titre que la colique hépatique et néphrétique familiale.

Je conclus à la nécessité absolue d'intervenir dans tous les cas et le plus tôt possible.

Trépanation préventive dans la fracture du crâne. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. le Dr Chupin. Il s'agissait d'un Arabe blessé par un coup de pied de cheval. Après débridement on vit la table externe du frontal brisée en plusieurs endroits. Elargissement et ablation d'esquilles. La plaie est recousue par suture. La guérison s'est faite sans incident et démontre que la trépanation préventive peut être de nécessité dans les cas de fractures.

Tumeur sacro-coccygienne chez l'enfant. — M. Phocas.

Gastro-entérotomie par vomissements incoercibles, suites de néoplasme stomacal. Guérison opératoire. Présentation du malade opéré par M. Souligoux.

Névrite ascendante traitée par la compression. Guérison. Présentation du malade par M. Delorme.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le traitement des prolapsus génitaux

Par M. le Dr G. Bouilly (de Paris).

I. — Il n'est pas possible de s'occuper avec fruit du traitement des prolapsus génitaux sans rappeler en quelques mots les conditions qui président au développement de ces prolapsus et les lésions qui les constituent.

Si l'on met de côté les cas exceptionnels de prolapsus aigu qui se produisent comme des hernies de force chez des vierges ou chez des nullipares, les prolapsus génitaux reconnaissent comme condition indispensable de leur production un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutif, à échéance plus ou moins longue, à la grossesse et à l'accouchement. Cet état particulier des tissus représente dans l'ensemble une diminution de résistance des parties qui doivent maintenir en situation normale les parois du vagin et l'utérus sus-jacent. Il est créé au début par des lésions de violence qui déchirent, distendent, affaiblissent les moyens d'union et constituent la cause initiale; mais il est entretenu et aggravé par des troubles de la vitalité des parties s'ajoutant aux lésions mécaniques et leur permettant de remplir leur rôle néfaste. On doit donc reconnaître que les phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus et que le plus souvent ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente.

Le plus souvent on se trouve en présence de femmes présentant un orifice vulvo-vaginal agrandi, un corps périnéal détruit ou atonique, des parois vaginales trop amplese un utérus trop long et souvent atteint de métrite cervical-parenchymateuse, un tissu cellulaire pelvien lâche et atrophié, des ligaments utérins mous et allongés, et une nutri-

n générale défectueuse avec dystrophie musculaire plus
moins généralisée. Tels sont les éléments du problème
l'il s'agit de résoudre, telles sont les lésions, les unes
écaniques, les autres vitales, en présence desquelles se
ouve le chirurgien.

Dans la pratique, dans l'immense majorité des cas, c'est
ar le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance
u plancher vagino-périnéal, que débute le prolapsus. Plus
xceptionnellement se produit la descente primitive de
'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. L'insuffi-
ance des attaches ligamentaires et péritonéales de l'utérus
ermet à l'organe de se mettre en rétroversion et de des-
endre de plus en plus en forçant et en retournant peu à
eu les parois vaginales. Aussi, à une période avancée du
rolapsus, les lésions ne diffèrent guère les unes des autres,
uelle qu'ait été la cause initiale du prolapsus, de sorte
u'au point de vue pratique, les éléments du problème res-
tent les mêmes à résoudre.

Que l'on se place au point de vue de l'évolution des lésions ou de l'enchaînement des indications et des actes opératoires que nous avons le plus souvent à reconnaître et à exécuter, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La colpocèle antérieure ou chute de la paroi vaginale antérieure suivie, dans l'immense majorité des cas par la vessie, cystocèle;

2° La colpocèle postérieure, composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure;

3° La chute du vagin avec abaissement de l'utérus, allongement hypertrophique sus-vaginal du col, primitif ou consécutif; c'est le cas type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué;

4° Le prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus.

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe;

2° Les prolapsus totaux, comprenant la chute des parois vaginales avec utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve et en général hypertrophié en longueur.

Enfin, on peut ranger dans une classe spéciale l'allongement hypertrophique sous-vaginal du col, lésion à part dans laquelle il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, l'élongation du col constituant toute la maladie.

II. Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur non sanglantes, et en méthodes sanglantes ou traitement chirurgical proprement dit.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'application des pessaires, la gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical ne peut être réservé qu'aux cas récents et légers, et ne trouve guère son indication que pour combattre, après l'accouchement, un état de subinvolution utérine caractérisé par l'hypertrophie temporaire de l'utérus et le relâchement de ses ligaments.

Le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements serrés, l'abstention de tout effort, de la station debout en constituent l'hygiène spéciale. Les gynécologistes américains recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison, 2 ou 3 fois par jour pendant 5 à 10 minutes; puis la malade garde le repos, étendue sur le dos ou sur le côté, la tête basse. Les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, les tampons méthodiquement appliqués peuvent être associés à ces divers modes de traitement qui donneraient des résultats beaucoup plus durables que ceux obtenus par les pessaires.

Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller. Il s'adresse de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal. Chez des femmes âgées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. On ne peut s'empêcher de reconnaître, par l'observation des faits, que nombre de femmes ayant refusé l'opération radicale se contentent du soulagement apporté par un pessaire et ne sauraient se passer de cet instrument pour vaquer à leurs occupations.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus simples, pouvant être facilement retirés et remis en place par la malade pour les soins de propreté, et de n'employer que les numéros suffisants, les plus petits possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales. L'application simultanée d'une ceinture abdominale du type des ceintures appliquées contre l'entéroptose peut être un adjuvant utile.

Le traitement kinésithérapique mis en honneur par Thure Brandt dans les affections gynécologiques consiste, pour le prolapsus, en massage, en élévation de l'utérus, en mouvements gymnastiques spéciaux. Entre les mains de Brandt lui-même, l'utérus aurait pu se maintenir en place après la première séance d'application de la méthode. Des prolapsus complets ont pu être guéris après 30 séances de massage, en 2 mois à 2 mois 1/2 (Preuschen). En revanche, d'autres auteurs (Fellner, Winberg, de New-York) n'ont pas obtenu de résultats dans les prolapsus complets, mais ont amélioré des prolapsus du premier degré. Les tentatives de ce genre ont encore été peu nombreuses en France.

Les méthodes sanglantes, ou traitement chirurgical des prolapsus génitaux, comprennent des opérations nombreuses et variées dont les unes représentent les actes fondamentaux du traitement, les autres les actes complémentaires. Suivant le degré des lésions, leur nature et aussi les habitudes des opérateurs, les propositions peuvent se trouver renversées, les uns considérant comme fondamental ce que les autres regarderont comme complémentaire. Aussi, paraît-il nécessaire, pour établir un certain ordre dans les indications et la discussion du traitement, de s'en rapporter à la pathogénie générale des prolapsus et de se rappeler que : 1° dans l'immense majorité des cas, le prolapsus vaginal est la lésion initiale; 2° que l'utérus le plus souvent suit et complique ce prolapsus; 3° que beaucoup plus rarement l'utérus descend le premier et que même, avec cette descente primitive de l'organe, il se produit un prolapsus vaginal créant les mêmes indications que s'il est primitif.

Aussi les actes fondamentaux du traitement doivent-ils : 1° viser d'abord et dans tous les cas le plancher vaginopérinéal, point affaibli du diaphragme pelvien; 2° se compliquer d'actes complémentaires du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente. Dans un très grand nombre de cas, les

opérations vagino-périnéales fondamentales seront suffisantes et efficaces dans la presque totalité des cas. Malgré l'importance et la gravité plus grande des opérations complémentaires (hystéropexie, hystérectomie, raccourcissement des ligaments ronds), elles restent indispensables, et le succès définitif ne peut guère être obtenu sans leur association. Il est donc nécessaire, en allant du simple au composé, de passer en revue : 1° l'indication opératoire 2 l'opération capable de la réaliser; 3° les divers procédés opératoires.

Restaurer et relever le périnée et du même coup rétrécir l'orifice vulvo-vaginal, rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus en bonne place et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre. Contre la cystocèle et le prolapsus du tiers antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée à une colporrhaphie postérieure peu étendue. L'opération d'Emmet, de Lawson Tait, de Doléris, représente les procédés opératoires de choix. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieure et postérieure remplira utilement l'indication.

On ne peut guère comprendre l'utilité d'une colporrhaphie antérieure isolée, le prolapsus vaginal antérieur ne se produisant pour ainsi dire jamais sans la défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure.

A un degré plus avancé, dans lequel la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante soit au moindre effort, et où l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, sans agrandissement notable de ces cavités et dans l'attitude plus ou moins accentuée de la rétrodéviation, l'opération type, fondamentale, trouve sa meilleure indication. La colpopérinéorrhaphie est l'opération de choix, souvent précédée de la colporrhapie antérieure. Le meilleur procédé opératoire est celui qui diminue le mieux l'amplitude vaginale et reconstitue le plus solidement le corps périnéal. A ce titre, l'opération d'Hegar reste l'opération princeps, l'opération de fond. Quelles que soient les modifications légères données à la forme de l'avivement, au mode et à la nature des sutures, elle reste toujours la même opération. L'opération de Martin n'est qu'un dérivé de l'opération d'Hegar; elle n'en diffère que par la conservation de la colonne postérieure du vagin et la possibilité d'empiéter, dans l'avivement, sur les parties latérales du vagin, Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporrhaphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication.

Le secret du succès est dans la bonne exécution de l'opération.

Avant tout, il faut rétrécir, faire de grands avivements : il faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez.

La colporrhaphie antérieure, en particulier, représente un des temps les plus délicats des manœuvres. Il est préférable d'employer le procédé de Fehling et de faire sur la paroi vaginale antérieure une double colporrhaphie latérale en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. De cette façon, les lignes de réunion ne sont pas trop tendues et l'avivement bilatéral peut représenter une somme d'avivement et de froncement des tissus plus considérable que celle obtenue par l'unique avivement ovalaire. Fehling conseille en outre de faire l'opération en deux temps et de ne pratiquer la colporrhaphie postérieure et la périnéorrhaphie que 15 à 20 jours plus tard ; de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs.

Dans le même but, Fritsch, Linhardt, Winckel ont cherché à obtenir une plus grande solidité dans la cicatrice en n'ayant pas seulement une cicatrice médiane et ils ont imaginé divers procédés de transplantation de lambeaux vaginaux. Péan place de chaque côté de l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal latéral, deux rangées de sutures; ces sutures sont laissées en place 3 semaines; elles coupent les tissus et provoquent ainsi un tissu cicatriciel qui est un nouveau moyen de soutien pour le vagin. Cette opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie. Terrillon conseille de pratiquer sur la paroi vaginale l'ablation d'une série de lambeaux verticalement disposés, comprenant tout l'espace compris entre l'ouverture vulvaire et le corps de l'utérus, et termine l'opération par une périnéorraphie. M. Dubourg (de Bordeaux) a imaginé de soutenir l'utérus à l'aide de deux lambeaux pris sur la face antérieure du prolapsus, au niveau de l'utérus, et rabattus au-dessous du col sur lequel l'organe vient reposer. L'opération est complétée par une colpopérinéorrhaphie.

A côté de ces procédés sanglants destinés à obtenir le rétrécissement et la fermeture du vagin, il est intéressant de citer des procédés non sanglants dont la valeur est douteuse et dont l'expérience est encore insuffisante.

Michael a pratiqué, dans les plis de la muqueuse vaginale des injections d'alcool absolu, à la manière de Schwalbe dans le traitement des hernies, et, après 15 injections faites tous les jours ou tous les 2 jours et facilement tolérées, aurait obtenu une guérison. Freund (de Strasbourg), rajeunissant un procédé déjà employé en 1835 par Bellini (de Florence) sous le nom de colpodesmorrhaphie, a rétréci le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales. Jacobs (de Bruxelles), sous le nom de colpostricture, pessaires multiples, a repris la même opération avec des crins de Florence conduits sous la muqueuse et la fronçant absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac. Employée seule, l'opération de Freund-Jacobs peut trouver son indication chez des femmes âgées, débiles, cachectiques, où une opération sanglante plus importante se trouve contre-indiquée. Mais, en général, les fils sont éliminés au bout de quelques mois, et tout le résultat est perdu.

Plus récemment, Gubaroff a publié 3 opérations dans lesquelles, à l'aide d'une aiguille et d'un crin de Florence, il circonscrit un quadrilatère de tissus sur la paroi vaginale antérieure et fait un grand pli transversal à la muqueuse de manière à reconstituer une colonne vaginale antérieure très résistante. La même manœuvre est répétée sur la paroi vaginale postérieure. Ces deux temps vaginaux sont associés à une amputation préalable du col, s'il en est besoin. Cette opération aurait sur celles de Freund et de Jacobs l'avantage de laisser libres les parois latérales du vagin et de permettre l'accouchement.

Ces divers procédés ne peuvent être considérés que

comme exceptionnels et, à notre avis, dans les cas de prolapsus au 1er et au 2e degré, — prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans élongation de l'utérus — la colpopérinéorrhaphie, genre Hégar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avisement et de suture, reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications. Toute opération s'éloignant de ce type, dans laquelle l'intervention ne vise que la paroi muqueuse vaginale, ne tend pas à ramasser et à relever les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée, est à l'avance frappée de stérilité dans ses résultats. Elle ne s'adresse qu'à la doublure du vagin sans reconstituer toute l'épaisseur des tissus : elle néglige les éléments utiles doués de tonicité et de contractilité pour ne prendre que le revêtement muqueux flasque, atonique et extensible.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et de cette bonne exécution nous plaçons au premier rang 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut à 1 centimètre ou 1 cent 1/2 au-dessous du col utérin, s'étendant en travers presqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales ; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale ; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par-dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil ; 4° la nécessité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

Si l'on nous reproche d'insister aussi longuement sur la colpopérinéorrhaphie et les grandes lignes de son exécution, nous répondrons que, malgré sa banalité apparente, l'opération est mal connue et mal exécutée dans un grand nombre de cas, et qu'on fait peser sur son compte des fautes, des échecs qui ne doivent être imputés qu'à l'opérateur.

III. — Les opérations complexes et combinées dans lesquelles ce traitement ne vise plus seulement le soutien inférieur de l'utérus, mais s'adresse isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité supérieure de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou pour le supprimer d'une façon radicale.

A. *Fixation de l'utérus et de la vessie.* — Peu de chirurgiens ont eu l'idée de suspendre l'utérus prolabé à l'aide des seuls ligaments ronds. L'opération d'Alexander se trouve tout naturellement frappée de stérilité quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur, comme dans le prolapsus génital. Cependant Polk aurait obtenu 15 succès par le seul raccourcissement des ligaments ronds.

La colpopexie indirecte dans laquelle, à l'aide d'une laparotomie latérale, 3 fils sont passés dans la corne utérine et fixés aux piliers inguinaux, rentre dans la même catégorie d'intervention et comporte la même appréciation.

En résumé, le raccourcissement des ligaments ronds appliqué à la cure du prolapsus utérin nous paraît devoir être considéré comme une opération complémentaire des interventions plastiques pratiquées sur le vagin et le périnée et particulièrement recommandable quand l'abaissement coïncide avec une rétrodéviation de l'utérus.

(A suivre)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 29 décembre 1896, ont été promus :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Strauss et Czernicki. M. le médecin principal de deuxième classe Fluteau. MM. les médecins-majors de première classe Achard, Kopf, Manquat et Mignon M. Duchateau, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Baudoin, Sudour, Stoupy, Legroin, Choux, Douart, Février, Dziewonski, Pauzat, Moreaud, Briot, de Schuttelaere, Bischoff et Altemaire, MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier, Boratte, Baret, de Peyret, Beylier, Poirier, Morand et Hürstel. M. Baudin, médecin-major de première classe de l'armée territoriale. MM. les Drs Darrieux (de Saint-Jean-Pied-de-Port) et Riban (de Louvigné-du-Désert). MM. les médecins de première classe de la marine de Gouyon de Pontouraude, Amouretti, Torel, Plante, Gouran, Geay de Convalette et Daniel. M. le médecin de deuxième classe de la marine Coppin. M. Mouton, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à Lisbonne.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'ouvrira le 29 juillet 1896 devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Ecole de médecine de Clermont. — Sont chargés des fonctions de chef des travaux de : 1° physiologie : M. Bardier, chargé de cours ; 2° histoire naturelle : M. Bruyant, suppléant ; 3° médecine opératoire : M. Maurin, suppléant.

Val-de-Grâce. — Par décision ministérielle, en date du 25 décembre 1896, MM. les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées, savoir : MM. Sieur (anatomie chirurgicale) ; — Loison (anatomie chirurgicale) ; — Vincent (législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire).

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 18 décembre 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Comte et Laurent.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Huchard et Baillif.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Guérin, Haan, Jorand, Houzé, Cathelin, Veuillot, Piras, Vénot, Duhamel, Wolters, Louart, Brioude, Alleaume, Villeneuve, Burdet, Monjoin, Sangline, de Vaucher, Maury, Boyer, Darnal, Guillemot, Fortin, Proust, Lestoquoy, Levillain, Masson, Roussel, de Fajole, Le Goff, Maillard, Ricapet, Morin, Barbier, Privat, Reynders, Robet, Cougnenc, Salvage, Naussac, Auperin, Prunier, Perdereau, Petitpas, Lairé, Tamboise, Joguet, Tonnel, Aymé, Laborde, Griffault, Julhiet.

Corps de santé des colonies. — Par arrêté ministériel, en date du 17 décembre 1896, ont été nommés à l'em-

Ploi de médecin stagiaire de deuxième classe des colonies : MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Sauzeau de Puyberneau, Gauducheau, Le Dantec, Andrieux, Ferris et Chaze.

Médecins inspecteurs des écoles. — M. le Dr Lomier, rue d'Allemagne, 2, est nommé médecin inspecteur des écoles du 19e arrondissement (8e circonscription) de Paris.

Hospices de Beauvais. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hospices de Beauvais s'est terminé par la nomination de M. le Dr Leblond.

Médecin député. — Le Dr Grenier de Pontarlier, a été élu, le dimanche 20 décembre, député du Doubs. Notre confrère, élu comme républicain radical, s'est converti à l'islamisme pendant un séjour fait en Algérie pour raison de santé. C'est un croyant qui suit, paraît-il, toutes les pratiques de sa religion. Comme à beaucoup d'autres la foi ne lui paraît pas pouvoir exister sans le costume, c'est donc en burnous blanc qu'il va voir ses malades ; c'est en burnous qu'il va siéger à la chambre des députés. Feu Thivrier, l'homme à la blouse, est bien enfoncé.

Le vin et les médecins. — Nous lisons dans la *Feuille vinicole de la Gironde* :

« Hippocrate et Galien ont eu de dignes successeurs qui, de tout temps, surent apprécier les bons produits de la vigne. Et cependant on en a vu, au cours des dernières années, et on en voit encore aujourd'hui, notamment dans la capitale, proscrire le vin chez leurs malades, le vin rouge surtout.

« Il a suffi, et cela est facile à comprendre, d'atroces breuvages envoyés sous le nom de vin pour provoquer ce mouvement, qui a gagné rapidement du terrain, la mode aidant : il y a eu, comme toujours en pareil cas, un peu d'engouement. Et pendant ce temps nos bons vins s'écoulent trop lentement.

« Le Comité girondin pour favoriser la viticulture, qui travaille sans cesse à augmenter le plus possible nos débouchés, a vu dans cet état de choses un mal auquel on pourrait peut-être remédier, tout au moins dans une certaine mesure, et, dans sa dernière séance, présidée par M. Nath. Johnston, une courte discussion auxquels ont pris part MM. Johnston, Castéja, Th. Dubos, de Boissac, A. Sourget, Louis Sèze, A.-J. Lalande, baron de Vassal et Henri Kehrig, le Comité a décidé de réagir sur l'opinion en mettant les médecins à même de goûter nos produits authentiques. Les principaux médecins de Paris en recevront à titre gracieux, bien entendu, et aux frais du Comité. La mesure pourra ensuite s'étendre sur d'autres points de la France et de l'étranger.

« Il n'est pas douteux que l'initiative prise par le comité girondin ne produise de bons résultats. »

Nécrologie. — Le Dr Biliotte, des Sables d'Olonnes, ancien médecin de la marine, décédé à l'âge de 49 ans. — Le Dr Pineau, du Château d'Oléron (Seine-Inférieure) reçu en 1878. — Le Dr Gayat, qui avait autrefois exercé la médecine oculaire à Lyon, vient de mourir à Saint-Raphaël (Var), à l'âge de 54 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la 52e semaine, du 20 décembre au 26 décembre 1896 le service de la statistique a compté 951 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 881 et au lieu de la moyenne 960.

Les maladies épidémiques sont rares (18 au lieu de 22 et de la moyenne 45), la fièvre typhoïde a causé 1 décès au lieu de 1 et de la moyenne 7, la scarlatine 4 au lieu de 1 et de la moyenne 2, la rougeole 1, au lieu de 2 et de la moyenne 8, la coqueluche 4 au lieu de 7 et de la moyenne 6, la diphtérie 8 au lieu de 9 et de la moyenne 21.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 21 décès au-dessous de 1 an au lieu de 3 et de la moyenne 32.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 149 décès (au lieu de 134 pendant la semaine précédente et au lieu de 158, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 29 décès (au lieu de la moyenne 30) ; bronchite chronique, 27 décès (au lieu de la moyenne 35) ; broncho-pneumonie, 39 décès (au lieu de la moyenne 43) ; pneumonie, 54 décès (au lieu de la moyenne 50). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 61 décès, dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 163 décès au lieu de la moyenne 187 ; la méningite tuberculeuse, 16 décès ; la méningite simple, 33 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 67 décès, et les maladies organiques du cœur, 65 ; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 10 suicides, et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 393 mariages.

On a enregistré la naissance de 1095 enfants vivants (577 garçons et 518 filles), dont 805 légitimes et 290 illégitimes. Parmi ces derniers, 39 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 305 enfants, dont 10 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 66 seront nourris au sein et 239 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 107 mort-nés (dont 75 légitimes et 32 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie, Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PASTILLES bi-borat de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.